

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**LEVANTAMENTO DOS ÓBITOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DO
MUNICÍPIO DE JUÍNA DO ESTADO DE MATO GROSSO**

**Autor (a): LETÍCIA SILVÉRIO DE SOUZA FERREIRA
Orientador (a): Prof. Ddo. RODRIGO MARQUES DA SILVA**

**JUÍNA - MT
2014**

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Autor (a): LETÍCIA SILVÉRIO DE SOUZA FERREIRA

Orientador (a): Enf. Ddo. RODRIGO MARQUES DA SILVA

**LEVANTAMENTO DOS ÓBITOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DO
MUNICÍPIO DE JUÍNA DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Pesquisa apresentada à disciplina de TCC II para Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena, como requisito parcial para aprovação na disciplina.

**JUÍNA - MT
2014**

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

A Comissão Examinadora, Abaixo Assinada, Aprova o Trabalho de
Conclusão de Curso

**LEVANTAMENTO DOS ÓBITOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DO
MUNICÍPIO DE JUÍNA DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Elaborado por
Letícia Silvério de Souza Ferreira

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

(Prof.Drº. Rodrigo Marques da Silva / Orientador)

(Prof. Luciana Dias Lemes de Vargas)

(Dr^a NadieChristina Ferreira Machado Spence)

Juína, 05 de Dezembro de 2014.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Alancardec Silvério Ferreira e, em especial, a minha querida mãe, Marinês Terezinha de Souza, fonte de minha inspiração que, em meio às dificuldades, trabalhou arduamente para que eu pudesse chegar até aqui. À senhora minha mãe, meu carinho e gratidão;

As minhas filhas, Camila de Souza Faria e Kyara Souza Gomes, fonte de toda minha dedicação e meu amor.

A meu irmão, Lucas Souza Ferreira, e meu irmão Roniclei de Souza Ferreira* (*In Memória), ao qual dedico especialmente a escolha desse tema e a construção desse trabalho que me permitiu conhecer os fatores relacionados à sua patologia.

Ao meu esposo, Antônio Paulo Guimarães ao apoio, paciência a onde dedico todo meu amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de todo conhecimento e sabedoria;

Aos meus pais, pela grande ajuda e colaboração, em especial a minha mãe pela confiança e todo apoio incondicional de sempre;

Ao meu irmão, pelo apoio e por ter acreditado em mim;

As minhas filhas, por entender e compreender a minha ausência;

Aos meus colegas de trabalho do laboratório municipal de Juína, em especial a Dr. Iane Marisa Bianchi, pelo apoio e colaboração.

As minhas colegas Nilza Ferreira Souza, Claudete Buriola e Erenice de Souza, por estarem todo o tempo ao meu lado, pelo apoio, ajuda e por não terem me deixado desistir durante todo período da faculdade.

Ao meu orientador Enf. Ddo. Rodrigo Marques da Silva, pelo carinho, atenção, pela paciência, apoio, dedicação e contribuição como orientador;

À Faculdade Vale do Juruena (AJES), pela oportunidade em realizar meu sonho de fazer um curso de enfermagem;

À todos os professores, a minha gratidão pela paciência e contribuição no meu conhecimento, em especial as professoras de estágio Mayara Lopes Nunes e Luciana Dias Lemes de Vargas.

Ao responsável dos campos de estágio (Hospital municipal de Juína, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Unidade Básica da Saúde (UBS) por ter nos recebido e ajudado durante o período de estágio).

A coordenadora Leda Maria Villaça, por ter acreditado que venceria.

À todos (as) que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**LEVANTAMENTO DOS ÓBITOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO DO
MUNICÍPIO DE JUÍNA DO ESTADO DE MATO GROSSO**

AUTOR (A): LETÍCIA SILVÉRIO DE SOUZA FERREIRA

ORIENTADOR (A): ENF. Ddo. RODRIGO MARQUES DA SILVA

Dentre as doenças cardiovasculares, a doença arterial coronariana é a principal, tendo como consequência o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Nesse contexto, a análise do Infarto Agudo do Miocárdio e num determinado local é importante para auxiliar nas tomadas de decisões e na formulação de políticas públicas. Desta forma, objetivou-se analisar a ocorrência de óbitos causados por infarto agudo do miocárdio segundo as características sociodemográficas no município de Juína, Mato Grosso, Brasil, no período de 2008 a 2013. Trata-se de uma pesquisa documental, cujos dados foram coletados em Setembro de 2014 no Sub-sistema de Informações sobre Mortalidade, incluindo-se os óbitos registrados de 2008 a 2013. As variáveis analisadas foram: ano, sexo, idade, bairro de residência, dia da semana e local de ocorrência do óbito. Após a coleta, os dados foram analisados por meio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Verificou-se o predomínio de óbitos em 2010 (20,9%) em homens (72%) e com idades entre os 60 e 79 anos (27,8%), seguido por 70-79 anos (27,2%). Na análise dos óbitos por sexo segundo a faixa etária, observou-se predomínio de casos na faixa etária de 60-69 anos entre as mulheres (8,2%) e na faixa etária de 70-79 anos entre os homens (21,5%). Ainda, houve maior ocorrência de óbitos no bairro módulo 5 (27,2%) e na zona rural (23,4%), sendo o SUS (57%) e a residência (48%) os locais de maior ocorrência de óbitos. Ainda, 19,6% dos infartos ocorreram na quarta-feira, seguido por segunda-feira (15,2%) e sábado (15,2%). Evidencia-se que os óbitos no município de Juína ocorrem em áreas afastadas dos serviços de saúde e na população exposta aos fatores de risco não modificáveis. Porém, necessitam-se de pesquisas que avaliem outros fatores contribuintes para o infarto no município de Juína, em especial em homens e na zona rural.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares, doença arterial coronária, prevalência.

**AJES – FACULTY OF COUNTING SCIENCES AND MANAGEMENT OF
THE JURUENA'S VALLEY
NURSING DEGREE**

**SURVEY OF DEATHS BY ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION OF THE CITY OF
JUÍNA STATE OF MATO GROSSO**

AUTHOR (A): LETÍCIA SILVÉRIO DE SOUZA FERREIRA

COACH (A): ENF. Ddo. RODRIGO MARQUES DA SILVA

Among the cardiovascular diseases, coronary artery disease is the leading, resulting in the Acute Myocardial Infarction (AMI). In this context, analysis of Acute Myocardial Infarction in a particular location is important to assist in decision-making and public policy formulation. Thus, we aimed to evaluate the occurrence of deaths caused by acute myocardial infarction according to the sociodemographic characteristics of the municipality Juína, Mato Grosso, Brazil, in the period 2008-2013. This is a documentary research, data were collected in September 2014 in Sub-Mortality Information System, including deaths recorded from 2008 to 2013. The variables analyzed were: year, sex, age, neighborhood of residence, day and place of occurrence of death. After collection, the data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS). There was a predominance of deaths in 2010 (20,9%) in men (72%) and aged between 60-79 years (27,8%) and 70-79 (27,2%) years. In the analysis of deaths by sex according to age, we observed a predominance of cases in the age group of 60-69 years among women (8,2%) and 70-79 years among men (21,5 %). Still, a higher incidence of deaths in the neighborhood Module 5 (27,2%) and rural (23,4%) and the SUS (57%) and residency (48%) were the most frequent locations of deaths. Still, 19,6% of IAM occurred on Wednesday, followed by Monday (15,2%) and Saturday (15,2%). It is evident that the deaths in the city of Juína occur in areas far from health services and population exposed to risk factors not modifiable. However, research is needed to evaluate other contributing factors for myocardial infarction in the city of Juína, especially in men and in the countryside.

Key-words: Cardiovascular diseases, coronary artery disease, prevalence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivos Gerais	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	11
3.1 Infarto agudo do miocárdio	11
3.1.1 Definição	11
3.1.2 Causas e consequências.....	11
3.1.3 Sintomas e prevenção	13
3.1.4 Tratamento e medicamentos	14
3.1.4.1 Medicamentos indicados.....	15
3.1.5 Cuidados de Enfermagem	15
4 MÉTODOS	18
4.1 Tipo de Estudo	18
4.2 Coleta de Dados	18
4.3 População e Amostra de Estudo	19
4.4 Análise dos Dados	19
4.5 Aspectos Éticos	19
5 RESULTADOS.....	20
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÕES	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A ocorrência da doença isquêmica do coração nas últimas décadas tem diminuído em vários países. No entanto, no Brasil, a mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ainda é notável, atingindo homens e mulheres nas diferentes classes sociais, sobretudo a partir da quarta década de vida (SOUZA, 1991; ROCHA E SILVA, 2000). Scheider et al. (2008) ressaltam que, no Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano, com projeções de persistirem como a causa principal de mortalidade e incapacitação entre adultos até o ano de 2020. Dentre esse tipo de doença, a doença arterial coronariana é a principal, tendo como consequência o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

O IAM pode ser definido como uma lesão celular irreversível com necrose miocárdica, em consequência, geralmente, à aterosclerose coronariana, constituindo um evento agudo que requer internação hospitalar, cujo diagnóstico clínico é relativamente simples e preciso. Diferentes são os fatores que podem causar esse processo patológico, dentre os quais: a idade, o sexo, a nutrição, o tabagismo, as mudanças atmosféricas, a hipercolesterolêmica, a hipertensão, a diabetes mellitus, a obesidade, a vida sedentária, o estresse psicológico e os antecedentes familiares, entre outros (ROCHA E SILVA, 2000).

Diante da importância do IAM e por requerer internação hospitalar, são necessários aparatos tecnológicos, pessoal preparado para o atendimento e assistência no menor tempo possível entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento. Logo, espera-se um bom prognóstico ao paciente, com menor risco de letalidade por IAM (MELO et al., 2006).

O tempo é um dos principais destaques na assistência ao paciente infartado, tanto extra, como intra-hospitalar, pois o risco de morte ocorre nas primeiras horas após o início dos sintomas. De acordo com Pesaro et al. (2004), estudos epidemiológicos revelam taxas de mortalidade geral em torno de 30%, sendo que metade dos óbitos ocorrem nas primeiras duas horas do evento e 14% morrem antes de receber atendimento médico.

Assim, pode-se dizer que o prognóstico desses pacientes depende fundamentalmente da agilidade em alcançar um serviço médico e na eficiência desse serviço em dar suporte e estabilizar as condições hemodinâmicas do

paciente. Nesse contexto, a identificação do local de ocorrência, da incidência e da prevalência atual e dos indivíduos mais suscetíveis a esse tipo de doença e num determinado local é importante para a tomada de decisões uma vez que ainda existem indivíduos em risco de sofrer IAM (ROCHA E SILVA, 2000). Essas informações podem contribuir para a formulação de políticas públicas mais integradas e efetivas, a exemplo das campanhas educativas, para a melhoria das unidades de atendimento e para a capacitação dos profissionais da saúde, tendo como objetivo a redução da mortalidade intra e extra-hospitalar.

Nesse sentido, diferentes estudos sobre o IAM já foram realizados no Brasil, a exemplo de Rocha e Silva (2000) que verificaram que hospitalização por infarto agudo do miocárdio apresentou um pico máximo no início da semana analisada e reduziu no final da mesma. Passos et al. (2000), ao avaliar a tendência da mortalidade por infarto agudo do miocárdio (1981 a 1996) na Cidade de Salvador, Brasil, identificaram redução da mortalidade a partir da segunda metade da década de 80, sendo que a maior parte dos casos ocorreram no sexo masculino. Avezum et al. (2005) constataram que os fatores de risco associados ao IAM na Região Metropolitana de São Paulo estão associados ao tabagismo, à relação cintura-quadril, aos antecedentes de hipertensão arterial e de diabetes, à história familiar de insuficiência coronariana, bem como aos níveis séricos de LDL-colesterol e de HDL-colesterol. Melo et al. (2006), ao analisar a distribuição espacial da mortalidade por IAM no Município do Rio de Janeiro, Brasil, verificaram que o padrão espacial de mortalidade apresentou uma concentração do risco de morrer de infarto nas áreas mais pobres da cidade.

Embora estudado em diferentes estados brasileiros, os estudos sobre IAM no estado de Mato Grosso, em especial no município de Juína, são numericamente limitados, o que leva a necessidade de realizar este tipo de pesquisa nesse município frente à relevância dessa patologia. Além disso, o IAM é de fundo multicausal e também está relacionado, além dos fatores biológicos, aos aspectos culturais e sociais que são específicos de cada região brasileira (ROCHA E SILVA, 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Analisar a ocorrência de óbitos causados por infarto agudo do miocárdio segundo as características sócio demográficas no município de Juína, Mato Grosso, Brasil, no período de 2008 a 2013.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar a caracterização sociodemográfica e ocupacional dos indivíduos que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio e foram a óbito em Juína, Mato Grosso, no período de 2008 a 2013 segundo Sub-sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Analisar a ocorrência de óbitos causados por infarto agudo do miocárdio no município de Juína, Mato Grosso, Brasil, no período de 2008 a 2013.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Infarto agudo do miocárdio

Apesar de todos os programas de alerta e prevenção, da população e dos avanços na metodologia diagnóstica e de tratamentos, a doença coronariana ainda continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública no mundo industrializado.

3.1.1 Definição

O Infarto Agudo do Miocárdio é conhecido popularmente como infarto ou ataque cardíaco, ou seja, a passagem do sangue para o coração fica interrompida, causando a morte das células cardíacas. O Banco de Saúde (2008-2013) afirma que infarto agudo do miocárdio se refere à morte de parte do músculo cardíaco (miocárdio), que ocorre de forma rápida (ou aguda) devido à obstrução do fluxo sanguíneo das artérias coronárias para o coração. Para Zornoff (2004) Infarto agudo do Miocárdio é a baixa perfusão tecidual ocorrendo isquemia e resultando na morte miocárdica. Todas as definições se completam com o objetivo de esclarecer o que vem a ser uma das doenças cardiovasculares que causa a morte.

3.1.2 Causas e consequências

As doenças cardiovasculares continuam sendo uma das principais causas de morte no mundo. No Brasil, desde a década de 60, é a principal causa de mortalidade. Na primeira metade da década de 90, foi responsável por quase 30% de todos os óbitos (CHOR et al., 1995). Além disso, é a terceira maior causa de internações e a segunda causa de morte no país. Entre elas, destacam-se as doenças isquêmicas do coração, cujo desfecho mais importante é o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), uma das principais causas de morbidade e mortalidade (ESCOSTEGUY et al., 2002).

O IAM é uma consequência da aterosclerose, ou seja, da deposição de placas de gordura nas paredes das artérias coronárias que leva à formação de um coágulo, responsável pela interrupção do fluxo sanguíneo. A aterosclerose tem seu desenvolvimento acelerado pelos chamados fatores de risco cardiovascular. Entre

eles, os mais importantes são: a idade (homens a partir dos 55 anos, mulheres após essas condições, porém, são bem mais raras aos 60 anos), a diabetes mellitus, o tabagismo, a hipertensão arterial, os altos níveis sanguíneos de colesterol, o histórico familiar de IAM, a obesidade e o sedentarismo (KALIL FILHO, 2013).

Deste modo, o IAM significa basicamente a morte de cardiomiócitos causada por isquemia prolongada (PEREIRA et al., 2004) e pode ter outras causas, tais como: uso de drogas ilícitas, aneurisma da artéria coronária, doenças da aorta e doenças inflamatórias das artérias coronárias (KALIL FILHO, 2013).

De acordo com Damasceno e Mussi (2010) o IAM ocorre em razão de uma série de fatores. Dentre esses, aqueles de natureza clínica, socioeconômica e ambiental.

Fator de natureza clínica: relacionados à história de saúde do paciente, antecedentes pessoais de intervenção coronária ou infarto, angina do peito, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

Fatores de natureza socioeconômica: são aquelas responsáveis pela caracterização social do paciente envolvendo a baixa escolaridade e baixa renda que resulta na demora para a procura de um auxílio médico devido à falta de informações. Outro fator importante é a idade avançada, mulheres acima de 70 anos, mulheres negras e diabéticas.

Fatores de natureza ambiental: estão relacionados à ação do paciente frente aos sinais e sintomas do IAM e a influência do círculo familiar sobre os indivíduos que sofrem o evento cardiovascular e à estrutura de atendimento médico de emergência pré e tais fatores podem estar relacionados aos socioeconômicos. Em relação à influência de familiares das vítimas de IAM na decisão para procura de atendimento, é fundamental oferecer às comunidades, escolas, empresas, centros e instituições de saúde, programas de treinamento para que a pessoa mais próxima naquele momento esteja preparada para reconhecer os sintomas de eventos cardiovasculares, acionarem a unidade de socorro local ou o serviço de emergência ou, na sua inexistência, levar essas vítimas o mais rapidamente possível a um hospital com serviço de emergência de 24 horas que tenha recursos para o atendimento (DAMASCENO E MUSSI, 2010)

Ao considerar a doença e a saúde enquanto fenômenos psicossociais e historicamente construídos pela ciência ou pelo saber do senso comum, amplia-se a compreensão de saúde/doença e da prevenção. Isso porque, nesse âmbito, aborda-se a doença como uma experiência individual e um fenômeno coletivo sujeito às forças ideológicas da sociedade. Além disso, deixa-se de privilegiar a ótica médica como único padrão de comparação legítimo e passa a legitimar também a ótica do paciente (SPINK, 1992).

3.1.3 Sintomas e prevenção

Os sintomas do IAM são: dor ou forte pressão no peito; dor no peito refletindo nos ombros, braço esquerdo, pescoço e maxilar; dor abdominal; suor; palidez; dispnéia; perda temporária da consciência; sensação de morte iminente; bem como náuseas e vômitos (ARAÚJO e MARQUES, 2007). O diagnóstico do IAM se dá pelos sintomas típicos, acima descritos, e pela detecção de alterações em exames subsidiários, tais como: eletrocardiograma, ecocardiograma e exames de sangue. Esses são capazes de detectar a morte das células musculares cardíacas (PEREIRA et al., 2004).

Diante da complexidade do caso, o IAM é um evento agudo que requer internação hospitalar, tendo um diagnóstico clínico relativamente simples e bem estabelecido, geralmente baseado no tripé história clínica, evolução eletrocardiográfica e curva enzimática (ESCOSTEGUY et al., 2002). Porém, vale salientar que os primeiros atendimentos, sobretudo nas primeiras horas, são de suma importância para sobrevivência do indivíduo, pois há relatos de que 50% das mortes ocorrem nas primeiras duas horas. Desse modo, a assistência de uma equipe de saúde deve ser imediata e os profissionais capacitados para tal (PESARO et al., 2004). Esses autores ainda salientam a importância das unidades coronarianas, pois, antes do seu surgimento em 1960, a mortalidade intra-hospitalar era de aproximadamente 30% e diminuiu para 16%.

No entanto, a estratégia mais eficaz é a prevenção por meio do controle dos fatores de risco e do diagnóstico precoce da aterosclerose. Essa é identificada por meio de uma avaliação clínica periódica que inclui exames como: o eletrocardiograma, o ecocardiograma, o teste de esforço, a cintilografia miocárdica, a tomografia das coronárias e, em casos particulares, a cineangiocoronariográfica (conhecida também como cateterismo cardíaco). Além disso, a prevenção do IAM está relacionada a má alimentação balanceada, ao controle do peso e do índice de massa corporal, à prática de exercícios físicos regulares, entre outros, conforme critério médico. Ou seja, os profissionais da área da saúde, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), devem cada vez mais uniformizar esses parâmetros com atividades preventivas, buscando captar informações sobre as condições de estilo vida e as atividades físicas diárias dos indivíduos.

Contudo, pode-se afirmar que os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, têm um papel fundamental nesse contexto. Assim, o atendimento ao paciente com IAM deve ser pautado na avaliação inicial das queixas, do estado clínico do paciente, dos sinais e sintomas de isquemia, da investigação e prevenção das complicações, da prevenção das lesões miocárdicas, da promoção do alívio da dor, do envolvimento da família no processo de recuperação e tratamento, do estabelecimento de relacionamentos terapêuticos e do estímulo à prática do autocuidado. Além disso, conhecer os casos de incidência e prevalência de IAM de uma determinada localidade contribui para o planejamento de políticas públicas e para a melhoria das condições hospitalares ao paciente com esse tipo de enfermidade.

3.1.4 Tratamento e medicamentos

Dependendo do tipo de infarto o tratamento será diferenciado. Mas, qualquer que seja o procedimento, o tratamento prossegue com medicamentos e mudanças importantes no estilo de vida, dependendo da gravidade da situação e da quantidade de danos ao coração. Seguindo as orientações médicas, a pessoa que teve infarto pode voltar a ter uma vida normal e seguir com suas atividades rotineiras.

É o tipo de infarto e a gravidade do entupimento, que vai determinar se a desobstrução das artérias exige um procedimento mais invasivo, como a angioplastia e/ou a cirurgia de revascularização do miocárdio.

No entanto, o infarto do miocárdio é sempre uma emergência médica. A metade das mortes ocorre nas primeiras horas do início dos sintomas. Quanto mais rápido se iniciar o tratamento, menos danos sofrerá o miocárdio. Atualmente, tem-se o serviço de emergência móvel (SAMU) (192), onde já inicia o tratamento e continua na área especial do hospital chamada unidade coronariana, a qual é equipada com monitores que continuamente acompanham os sinais vitais. Esses equipamentos incluem:

- * Eletrocardiograma que detecta problemas no ritmo cardíaco.
- * Monitor de pressão sanguínea.
- * Oxímetro de pulso, que mede a quantidade de oxigênio no sangue.

3.1.4.1 Medicamentos indicados

- Trombolíticos: medicações que dissolvem o trombo ou coágulo no interior das coronárias.
- Beta-bloqueadores: diminuem a sobrecarga do coração.
- Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA): controlam a pressão arterial e reduzem a tensão do músculo cardíaco.
- Anticoagulantes: previnem a formação de trombos ou coágulos.
- Anti-agregantes plaquetários: também previnem a formação de trombos.
- Outras medicações para reduzir a dor, ansiedade ou tratar arritmias.

Várias são as fases a serem seguidas para que cada medicamento seja ministrado, considerando todo o histórico do paciente e a gravidade da situação. A orientação fundamental a ser dada pelo cardiologista a seu paciente é de que a reabilitação após o infarto não se limita a programas formais e sofisticados, mas à mudança do estilo de vida, abrangente em relação aos fatores de risco controláveis, e à marcada convivência com movimentos de qualquer espécie em relação às atividades cotidianas.

Os médicos também podem prescrever medicações para aliviar a dor e ansiedade, ou para tratar ritmos cardíacos irregulares, os quais freqüentemente ocorrem durante infarto do miocárdio.

Ainda no hospital, ou depois do paciente voltar para casa, o médico pode pedir outros testes, como ecocardiograma, o qual mostra como o coração está sendo enchido de sangue e bombeando para o resto do corpo. O médico também pode pedir um teste de esforço para ver como o coração trabalha forte.

3.1.5 Cuidados de Enfermagem

Todas as etapas de atendimento ao paciente de IAM são importantes. Sendo assim, alguns cuidados de enfermagem são essenciais (CUMMIS,1999);

- ✓ O paciente infartado precisa ser continuamente observado para possíveis complicações, sendo imediatamente encaminhado para a unidade de tratamento intensivo.

- ✓ Monitorizar o paciente e avaliar e/ou visualizar continuamente a frequência e o ritmo cardíaco a fim de detectar precocemente o aparecimento de arritmias.
- ✓ Observar e comunicar imediatamente o aparecimento de dor torácica (com ou sem irradiação), dispnéia, palpitações, desmaio, transpiração excessiva. Anotar a hora e duração dos sintomas e se há fatores precipitantes e atenuantes.
- ✓ Avaliar níveis de consciência, bem como orientação no tempo e espaço. Destaca-se que alterações de consciência podem ser produzidas por medicamentos, choque cardiogênico iminente e má perfusão cerebral. Assim, deve-se comunicar imediatamente qualquer alteração.
- ✓ Verificar pulso periférico, frequência, ritmo e volume. Qualquer alteração deve ser comunicada rapidamente uma vez que os distúrbios cardiovasculares são refletidos nos valores e parâmetros encontrados.
- ✓ Verificar e anotar volume urinário (>40ml/hora), pois a oligúria é um sinal precoce do choque cardiogênico.
- ✓ Realizar balanço hídrico, anotando líquidos infundidos, ingeridos e perdidos (diarréia, suor, sangue, urina e vômitos). A atenção cuidadosa para o volume hídrico evitará sobrecarga cardíaca e pulmonar.
- ✓ Administrar medicamentos de acordo com a prescrição médica, observando e comunicando, quando presentes, efeitos colaterais (hipotensão, depressão respiratória e diminuição da acuidade mental).
- ✓ Oferecer dieta de acordo com a prescrição (branda, hipossódica e hipocalórica). Normalmente, nas primeiras 12hs o paciente permanece em jejum.
- ✓ Assegurar repouso absoluto no leito (o repouso diminui o consumo de oxigênio pelo miocárdio).
- ✓ Proporcionar ambiente repousante e tranquilizante, limitando o número e o tempo das visitas, pois o estresse aumenta o consumo de oxigênio pelo miocárdio.
- ✓ Promover conforto físico ao paciente, dispensando-lhe cuidados individualizados de enfermagem.

Os profissionais da saúde, conscientes de todas essas informações, poderão contribuir com o bem-estar do paciente e auxiliar na construção uma sociedade mais saudável.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa documental junto aos casos de óbito por IAM ocorridos no município de Juína, Estado do Mato Grosso, no período de 2008 a 2013. A pesquisa documental busca compreender um fenômeno de forma indireta por meio da análise dos inúmeros tipos de documentos produzidos pelo homem (SILVA et al., 2009).

4.2 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em Setembro de 2014 nas bases de dados referentes ao *Sub-sistema de Informações sobre Mortalidade* (SIM), disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Juína.

Foram incluídos pacientes que apresentaram IAM no período estabelecido, com evolução para o óbito e tendo Juína como município de residência. Foram excluídos indivíduos cujo endereço não foi descrito e que tiveram menos de 18 anos.

As variáveis analisadas foram: sexo (masculino e feminino), idade (0 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e ≥ 80) (REDE, 2008), bairro de residência, dia da semana e local de ocorrência do óbito (hospital, outros estabelecimentos de saúde que prestam assistência individual ou coletiva, domicílio, via pública, outros).

Os estabelecimentos foram classificados segundo a fonte de financiamento da internação em: particulares (pagamento direto do paciente ao médico e estabelecimento hospitalar), sistema de pré-pagamento (sistemas privados de planos de saúde, medicina de grupo, convênios ou de autogestão) e SUS (Sistema Público de Saúde). Essas categorias de hospitalização representam diferentes posições sociais e um gradiente de custeio e assistência decrescente, a ser: nível elevado para os serviços particulares (principalmente trabalhadores não manuais) e nível mínimo para o sistema público (principalmente trabalhadores manuais) (ROCHA et al., 1997).

4.3 População e Amostra de Estudo

A população foi composta pelos dados presentes no Sub-sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A amostra foi constituída pelos casos de mortalidade por IAM presentes no referido Sub-sistema para os residentes em Juína, Mato Grosso, Brasil.

4.4 Análise dos Dados

Após a coleta de dados, as informações foram digitadas no programa Microsoft Excel 2010. As variáveis foram apresentadas por meio de frequência relativa(%) e absoluta(n). Os dados são apresentados anualmente segundo cada variável e também considerando-se todo o período analisado (2008-2013).

4.5 Aspectos Éticos

Em atendimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), foi entregue um termo de concordância à instituição na qual os dados foram obtidos pelo pesquisador que foi assinada pelo responsável da instituição e permitiu o acesso às informações necessárias à pesquisa. Ainda, nesse documento, foi afirmada a confidencialidade dos dados e a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos.

5 RESULTADOS

Foram analisados 158 óbitos por IAM no período de 2008 a 2013 em indivíduos residentes em Juína, Mato Grosso. Nesse sentido, na Figura 1, é apresentada a distribuição anual dos óbitos por IAM no município de Juína, MT, no período de 2008 a 2013.

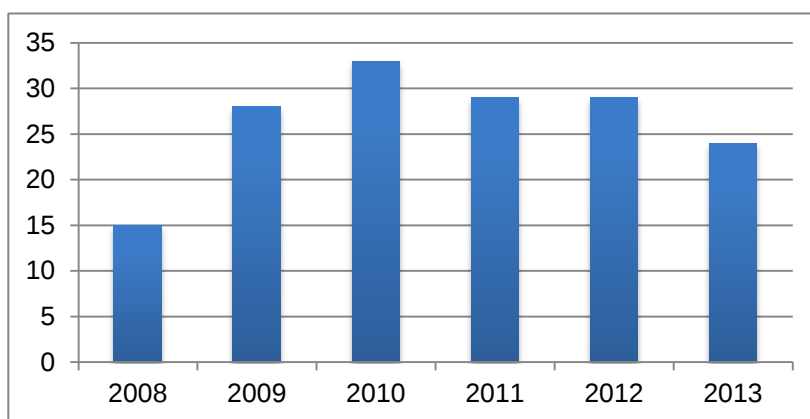


Figura 1-Distribuição anual dos óbitos por IAM ocorridos no município de Juína, MT, no período de 2008 a 2013.

Ao longo do período estudado, houve um aumento do número de óbitos até o ano de 2010($n=33$; 20,9%), com posterior queda até o ano de 2013($n=24$; 15,2%). Quanto ao sexo, houve predomínio de óbitos em indivíduos do sexo masculino ($n=114$; 72%) quando comparado ao sexo feminino ($n=44$; 28%),

Na Figura 2, demonstra-se a distribuição anual de óbitos por infarto agudo do miocárdio segundo o sexo dos indivíduos.

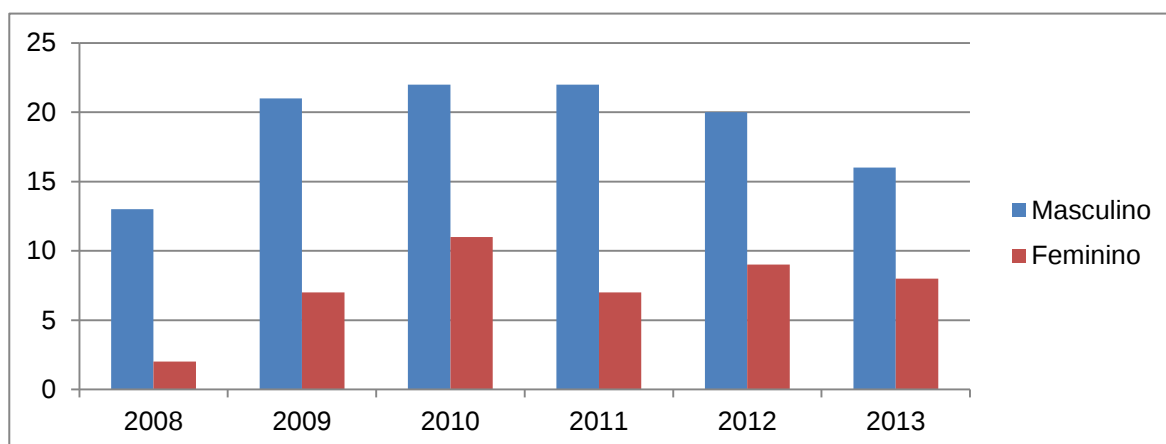


Figura 2-Distribuição anual de óbitos por infarto agudo do miocárdio segundo o sexo dos indivíduos no município de Juína, MT, no período de 2008 a 2013.

Ao analisar a distribuição anual de óbitos segundo o sexo dos moradores de Juína, Mato Grosso, observa-se o uma elevação do número de óbitos em homens até os anos de 2010 e 2011, com posterior queda até o ano de 2013, e entre as mulheres houve predomínio de casos em 2010. No entanto, destaca-se o predomínio de óbitos no sexo masculino ao longo de todo o período analisado.

Além disso, observa-se o predomínio de óbitos nas faixa etárias de 60-69 anos ($n=44$; 27,8%) e 70-79 anos ($n=43$; 27,1%). Na Figura 3, apresenta-se a distribuição anual de óbitos por infarto agudo do miocárdio segundo a faixa etária dos indivíduos.

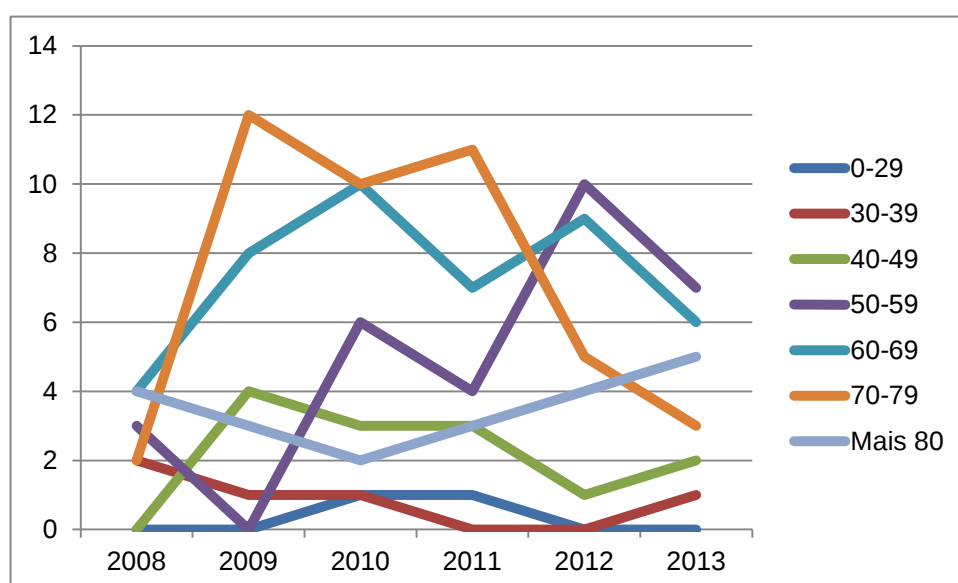


Figura 3-Distribuição anual de óbitos por infarto agudo do miocárdio segundo a faixa etária dos indivíduos residentes no município de Juína, MT, no período de 2008 a 2013.

Ao analisar a ocorrência anual de óbitos por faixa etária na figura acima, verifica-se um crescimento significativo dos óbitos na faixa etária de 70-79 anos a partir de 2008, com pico em 2011 e progressiva queda a partir desse ano até 2013. Os óbitos ocorridos na faixa etária de 60-69 anos apresentou picos nos anos de 2010 e 2012 e queda no ano de 2013. Para a faixa etária 50-59 anos, é importante destacar que o número de óbitos cresceu de maneira expressiva ao longo dos anos, indicando que os óbitos vem ocorrendo em indivíduos de faixa etária inferior ao longo do tempo. Na figura 4, demonstra-se a distribuição anual de óbitos por infarto agudo do miocárdio segundo a faixa etária e sexo.

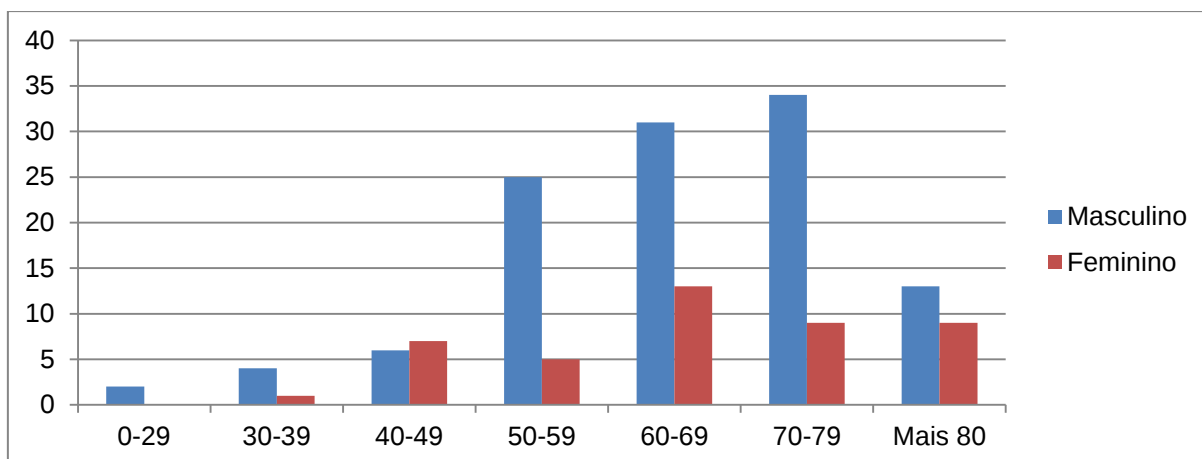


Figura 4-Distribuição anual de óbitos por infarto agudo do miocárdio segundo a faixa etária e sexo, ocorridos no município de Juína, MT, no período de 2008 a 2013.

Na figura acima, observa-se que a ocorrência de óbitos por infarto foi maior na faixa etária de 60-69 anos entre as mulheres ($n=13$; 8,2%) e na faixa etária de 70-79 anos entre os homens ($n=34$; 21,5%), com aumento expressivo do número de casos a partir da faixa etária de 50-59 anos para o sexo masculino. Ainda, destaca-se o predomínio de óbitos por infarto do miocárdio em indivíduos do sexo masculino em todas as faixas etárias analisadas, a exceção da faixa etária de 40-49 anos, na qual houve predomínio de óbitos por IAM em mulheres.

Na Tabela 1, apresenta-se a distribuição de óbitos em função do local de residência e local do óbito.

Tabela 1- Ocorrência de óbitos segundo o local de residência e o local do óbito causado por infarto agudo do miocárdio no município de Juína, MT, entre 2008 e 2013.

Variável	n	%
Local da residência		
Módulo 1	11	7,0
Módulo 2	6	3,8
Módulo 4	10	6,3
Módulo 5	43	27,2
Módulo 6	10	6,3
Padre Duílio	18	11,4
Palmiteira	14	8,9
São José Operário	9	5,7
Zona rural	37	23,4
Local do óbito		
Domicílio	48	30,4
SUS*	90	57,0
Particular	13	8,2
Outros	7	4,4
Total	158	100

*Sistema Único de Saúde (SUS).

Na tabela acima, verificou que o módulo 5 apresentou maior ocorrência de óbitos (n=44; 27,2%), seguido pela zona rural (n=37; 23,4%). Com relação ao local do óbito, houve maior número de óbitos ocorridos no SUS (n=90; 57%), seguido pelo domicílio (n=48; 30,4%). Na Tabela 2, apresenta-se a ocorrência de óbitos por IAM segundo o dia da semana.

Tabela 2-Ocorrência de óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio segundo o dia da semana no município de Juína, MT, no período de 2008 a 2013.

Dia da semana	N	%
Segunda-feira	24	15,2
Terça-feira	16	10,1
Quarta-feira	31	19,6
Quinta-feira	22	13,9
Sexta-feira	21	13,3
Sábado	24	15,2
Domingo	20	12,7
Total		

Acima, observa-se que 19,6% (n=31) dos infartos ocorreram na quarta-feira, seguido por segunda-feira (n=24; 15,2%) e sábado (n=24; 15,2%).

6 DISCUSSÃO

No que se refere-se a ocorrência de óbitos em função do sexo, verificou-se o predomínio de indivíduos do sexo masculino. A superioridade de óbitos por IAM em homens (63,91%) também foi verificado por Escosteguy et al. (2002) em pesquisa realizada junto a 1934 casos no município do Rio de Janeiro. Além disso, em estudo realizado em Salvador, avaliando a tendência da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no período de 1981 a 1996 junto a 7795 casos, constatou-se que 54,71% dos óbitos por IAM também ocorreram em homens (PASSOS et al., 2000). Isso, segundo Oliveira et al. (2011), pode ser atribuído a alguns fatores da vida masculina, tais como, obesidade, alcoolismo, tabagismo e sedentarismo, fatores contribuintes para a ocorrência de ataques cardíacos. Ainda, as mulheres, em geral, procuram por assistência médica com mais frequência que os homens, o que pode justificar parcialmente os resultados encontrados (OLIVEIRA et al., 2011).

No entanto, na pesquisa realizada por Passos et al. (2000) em Salvador, houve redução mais pronunciada do casos de óbito por infarto em homens do que em mulheres durante o período estudado. Esses achados podem ser atribuídos ao fato de que as novas intervenções diagnósticas e terapêuticas têm sido mais utilizadas em homens do que em mulheres (PASSOS et al., 2000). Ainda, segundo Varela (2004), o aumento de morte por IAM em mulheres pode estar relacionado principalmente às mudanças de comportamento e aos hábitos adotados por elas, tais como: fumar, alimentar-se inadequadamente, usar drogas e participação mais ativa no mercado de trabalho.

A faixa etária na qual predominaram óbitos por infarto nessa pesquisa foi a de 60-69 anos, seguido pela faixa etária entre 70-79 anos, com queda após os 80 anos. Isso corrobora com Oliveira et al. (2011) que analisaram a prevalência de doenças cardiovasculares (132 casos) em um hospital de urgência e emergência do município de Trindade (GO). Na pesquisa, os autores identificaram que o IAM (35,61%) foi a principal consequência dos óbitos ocorridos na faixa etária de 60 a 79 anos para os sexos masculino e feminino. Melo (2004), em investigação realizada no Rio de Janeiro, analisou 525 casos registrados no período de 2000 a 2001 e também verificou que os indivíduos na faixa etária acima dos 60 anos têm maior pré-disposição a sofrer infarto agudo do miocárdio. Sobre isso, Rocha e Silva (2012) destacam que, na idade mais avançada, há maior gravidade da insuficiência

ventricular esquerda (IVE) e os fatores relacionados à terapêutica podem, em conjunto, contribuir para a maior letalidade do IAM nessa faixa etária, aspectos que explicam os achados dessa investigação.

Com relação à faixa etária e o sexo, identificou-se que os óbitos ocorrem mais cedo (60-69 anos) nas mulheres quando comparadas aos homens (70-79 anos). Esses resultados discordam daqueles verificados por Melo et al. (2006) em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, onde mediana de idade de óbito por infarto agudo do miocárdio foi de 67 anos para os homens e 75 anos para as mulheres. Por outro lado, Vaccarino et al. (1999) verificaram que as mulheres na faixa etária inferior a 50 anos (17,7%) têm maiores taxas de morte após o infarto do miocárdio durante a hospitalização do que os homens da mesma idade (11,5%). Para Varela et al. (2007), a ocorrência de infarto agudo do miocárdio em mulheres com idade entre 39 a 50 anos pode estar relacionada à adaptação às condições das novas condições da vida moderna, incluindo estresse, inclusão no mercado de trabalho e tabagismo.

Na análise do local de ocorrência, verificou-se que o módulo 5 apresentou o maior número de óbitos, seguido pela zona rural. O fato do bairro módulo 5 apresentar o maior número de ocorrências pode estar relacionado ao número populacional desse bairro uma vez que nele residem aproximadamente 25% da população do município (IBGE, 2010) embora se saiba que este fenômeno possa estar associado a outros fatores, incluindo aqueles de cunho socioeconômico e de assistência à saúde.

Quanto aos resultados encontrados para a zona rural, esses merecem atenção, pois, segundo o IBGE (2010), a população rural do município de Juína representa aproximadamente 10% da população total. Dessa forma, observa-se que em uma população numericamente limitada, houve o segundo maior número de casos, o que pode estar ligado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, fato que interfere no tempo para o atendimento e, assim, no prognóstico do paciente. Ainda, destaca-se a maior dificuldade de acesso às informações relacionadas ao Infarto Agudo do Miocárdio devido à distância dos serviços de saúde. Nesse sentido, sugere-se que políticas de públicas de saúde sejam realizadas para esses locais, incluindo a qualificação dos profissionais para o atendimento e assistência aos moradores das regiões mais afastadas. Ainda, aponta-se a importância de campanhas educativas quanto ao hábito alimentar e exercício físico nesses locais (MELO et al., 2006). Somado a isso, são necessárias

melhorias das vias de acesso para facilitar o transporte, uma vez que o tempo na assistência ao paciente infartado é um dos principais fatores relacionados ao risco de morte, a qual pode ocorrer nas primeiras horas após o início dos sintomas (PESARO et al., 2004).

Para variável local do óbito, houve predomínio do SUS (57%), seguido pela residência (30,4%). Segundo Rocha et al. (1997), essas informações representam as posições sociais e um gradiente de custeio e assistência, isto é, a ocorrência de IAM pode estar relacionada às condições socioeconômicas dos indivíduos. Silva et al. (1998), ao analisarem os fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil, verificaram que houve relação direta e significativa entre a ocorrência de IAM e a condição socioeconômica, ou seja, pacientes com baixo nível econômico apresentam maior ocorrência IAM. Além disso, segundo Rocha et al. (1997), esses resultados sugerem que o SUS pode não apresentar condições física e tecnológica necessárias para atender aos pacientes com infarto e levanta um questionamento sobre qualidade do atendimento no SUS ao paciente com IAM, sobretudo quanto ao tempo que levam para atender esses indivíduo em suas residências. Deste modo, é importante que políticas públicas voltadas à melhoria no atendimento de indivíduos no SUS sejam realizadas.

Para variável dia da semana, quarta-feira, segunda-feira e sábado foram respectivamente os dias da semana de maior ocorrência de óbitos. Rocha e Santos (2000), ao analisarem as hospitalizações por infarto agudo do miocárdio segundo o dia da semana em Rio Preto (SP), verificaram que segunda-feira apresentou o maior número de ocorrências (16,9%) com queda aos finais de semana (sábado 12,6% e domingo 12,7%), resultados que se assemelham a pesquisa aqui apresentada. Ainda, em pesquisa realizada em Manaus com 2636 pacientes, foi verificado um aumento da ocorrência de casos de IAM na segunda-feira (19%) e queda no domingo (14%) (WILLICH et al., 1994).

O levantamento dessas informações é importante para um planejamento assistencial mais eficiente, o que inclui o reforço numérico das equipes de emergência de pronto atendimento nos dias com o maior número de ocorrência. Além disso, conhecer o local maior ocorrência pode auxiliar na identificação de fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio nesses locais e assim, melhorar ações de prevenção desse fenômeno.

7 CONCLUSÕES

Verificou-se a ocorrência de 158 óbitos por IAM no município de Juína entre 2009 e 2013, havendo comportamento crescente no decorrer desse período, com pico no ano de 2010 (20,9%) e queda nos anos seguintes. Houve predomínio de casos nos homens (72%) e com idades entre os 60 e 79 anos (27,8%), seguido por 70-79 anos (27,2%), no bairro módulo 5 (27,2%) e na zona rural (23,4%); e com atendimento no SUS (57%) e na residência (48%). Ainda, 19,6% dos infartos ocorreram na quarta-feira, seguido por segunda-feira (15,2%) e sábado (15,2%). Evidencia-se que os óbitos no município de Juína ocorrem em áreas afastadas dos serviços de saúde e na população exposta aos fatores de risco não modificáveis, ou seja, idade avançada e sexo masculino.

Ainda, observou-se elevação dos óbitos nos homens até 2010-2011, com posterior queda até 2013. Houve crescimento dos óbitos na faixa etária de 70-79 anos a partir de 2008, com queda de 2011 até 2013. Já na faixa etária de 50-59 anos, houve expressivo crescimento do número de óbitos ao longo dos anos, indicando um aumento do número de óbitos por IAM em uma população mais jovem, embora essa seja considerada uma população de risco para IAM segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia. Esse fato merece atenção devido ao pior prognóstico esperado em pacientes com co-morbidades coronárias nessa faixa de idade. Na análise dos óbitos por sexo segundo a faixa etária, observou-se predomínio de casos na faixa etárias de 60-69 anos entre as mulheres (8,2%) e na faixa etária de 70-79 anos entre os homens (21,5%). Esses dados vem de encontro as definições sobre fatores de risco cardiovascular por sexo e idade, na qual as mulheres tendem a apresentar doenças coronarianas em idade superior aos homens.

Evidencia-se a necessidade de novas pesquisas sobre a temática a fim de se conhecer outros fatores contribuintes para o infarto no município de Juína, sobretudo aqueles que atingem homens e os indivíduos da zona rural uma vez que esses foram os grupos de maior ocorrência de óbitos. Além disso, é importante o fortalecimento de políticas públicas de saúde voltadas à informação e à conscientização da população sobre o IAM.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. D. de; MARQUES, I. R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 676-680, 2007.

AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. R. Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma Região Desenvolvida em um País em Desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 84, n. 3, p.205-213, 2005.

BANCO DE SAÚDE: Internet para uma vida. **Infarto-miocardio/infarto-agudo-miocardio – 2008-2014**. Disponível em: <<http://www.bancodesaude.com.br>> Acesso em: 10 out 2014.

CHOR, D; FONSECA, M. J. M; ANDRADE, C. R; WAISSMAN, W; LOTUFO, P. A. Doenças cardiovasculares, panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, Maria Cecília (Org). **Os muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995, pp. 57-86.

CUMMIS, R. O. **Suporte Avançado de Vida em Cardiologia**, American Heart Association, 1999.

DAMASCENO, C. A.; MUSSI, F. C. Fatores de retardo pré-hospitalar no infarto do miocárdio: uma revisão de literatura. **Ciência e Cuidado de Saúde**. v. 9, n. 4, p. 815-821, 2010.

ESCOSTEGUY, C. C.; PORTELA, M. C.; MEDRONHO, R. A. e VASCONCELLOS, M. T. L. de. O Sistema de Informações Hospitalares e a Assistência Ao infarto agudo miocárdio fazer. **Revista Saúde Pública**. v. 36, n.4, p 491-499, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>> Acesso em: 28 out 2014.

KALIL FILHO, R. **Infarto agudo do miocárdio**. 2013. Disponível em: <<http://aquienfermagemesaude.blogspot.com.br/2013/07/infarto-agudo-do-miocardio.html>> Acesso em: 20 jun 2014.

MELO, E. C. P. M. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial. Ix133 (Tese). Rio de Janeiro, 2004. 59p.

MELO, E. C. P.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Distribuição espacial da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**. v. 22, n. 6, p. 1225-1236, 2006.

OLIVEIRA, A. R.; SILVA, M. S.; TEIXEIRA, S. B.; CARVALHO, G. H. Prevalência de doenças cardiovasculares em hospital de urgência e emergência do município de trindade. In: Seminário de Pesquisas e TCC da FUG, 2, **Anais online**.... Trindade, GO: GOYAZES, 2011.

PASSOS, L. C. S.; LOPES, A. A.; LESSA, I.; SANCHES, A.; SANTOS-JESUS, R. Tendência da Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio(1981 a 1996) na Cidade de Salvador, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 74, n. 4, p. 329-331, 2000.

PEREIRA, A. E.; SERRANO-JUNIOR, C. V. e NICOLAL, J. C. Infarto agudo do miocárdio – síndrome coronariana aguda com supra desnível do segmento ST; **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 214-20, 2004.

PESARO, A. E. P.; SERRANO-JUNIOR, C. V.; NICOLAU, J. C. Infarto agudo fazer miocárdio: síndrome coronariana Aguda com supra desnível fazer segmento ST. **Revista Associação Médica Brasileira**. v. 50, n. 2, p. 214-220, 2004.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 130 p.

ROCHA, J. S. Y.; GLEITON C. M. S. Hospitalizações POR infarto agudo miocárdio fazer Segundo O Dia da Semana: Estudo retrospectivo. **Revista de Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 157-162, 2000.

ROCHA, J. S. Y; SIMÕES, B. J. G.; GUEDES, G. L. M. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. **Revista de Saúde Pública**. v. 31, n. 05, p. 479-87, 1997.

ROCHA, K.; SILVA, J. O. Marcadores bioquímicos de lesão no miocárdio. CONGRESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO: Qualidade e Expansão da Educação no

Contexto do Plano Nacional de educação, 10^a, **Anais online ...** Piracicaba, SP: UNIMEP, 2012.

SCHEIDER, D. G.; MANSCHIN, A. M. M.; AUSEN, A. A. B; MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. de. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Revista contexto enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 81-89, 2008.

SILVA, L. R. C. da; DAMACENO, A. D.; MARTINS, M. C. R.; SOBRAL, K. M.; FARIAS, I. M. S. de. **Pesquisa documental: alternativa investigativa na Formação docente**. In.: Congresso Nacional de Educação, III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. EDUCERE, Curitiba. p. 4555-4566, 2009.

SILVA, M. A. D. da; SOUSA, A. G. M. R e SCHARGODSKY, H. Fatores de Risco para infarto do miocárdio no Brasil : Estudo FRICAS . **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 71, n. 5, p. 667-675, 1998.

SOUZA, M. C. **Modelos de regressão ecológica: uma aplicação em doença isquêmica do coração, Rio de Janeiro**, 1991 (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

SPINK, M. J. P. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 125-139, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/08.pdf>> Acesso em: 11 out 2014.

VACCARINO, V.; PARSONS, L.; EVERY, N. R.; BARRON, H. V.; KRUMHOLZ, H. M. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. **New England Journal of Medicine**, v. 341, n. 04, p. 217-25, 1999.

VARELA, R. **Infarto do miocárdio em mulheres**: sua percepção. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

VARELA, R.; SALEMA, E. B.; BARTILOTI, C. B. Infarto agudo do miocárdio em mulheres. **Revista Digital**. Buenos Aires, v. 12, n. 110, 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd110/infarto-agudo-do-miocardio-em-mulheres.htm>> Acesso em: 06 nov 2014.

WILLICH, S. N.; LOWEL, H.; LEWIS, M.; HORMANN, A.; ARNTZ, H. R.; KEIL, U. Weekly variation of acute myocardial infarction. Increased Monday risk in the working population. **Circulation**, Estados Unidos da América, EUA, v. 90, n. 1, p. 87-93,

1994. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8026056>> Acesso em: 25 out 2014.

ZORNOFF, L. A. M. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**. v. 83, n. 4, p. 11-21, 2004.